OBSERVATIONS N° 58.

RELATIVES A QUELQUES POINTS

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 27 mars 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR THADÉE DUJARDIN-BEAUMETZ, de Poitiers,

Département de la Vienne;

Agent du cinquième dispensaire de la Société philantropique; ancien Interne des hôpitaux et hospices civils de Paris; ancien Élève de l'École pratique.

Artem medicam sola experientia fecit,
Eadem sola experientia perficiet.
STORCK, *Ann. med.*

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Suppléant.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* CHOMEL, *Président.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet, *Examinateur.*	Rochoux.
Cottereau, *Examinateur.*	Sandras.
Dance.	Trousseau, *Suppléant.*
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS,

ET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHOMEL,

Que je confonds avec eux dans mon affection et ma reconnaissance.

THADÉE DUJARDIN-BEAUMETZ.

OBSERVATIONS

RELATIVES A QUELQUES POINTS

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Un des points les plus difficiles de la pratique médicale est, sans contredit, la distinction des fièvres rémittentes pernicieuses cérébrales, et des phlegmasies du cerveau, surtout à leur début. Souvent il arrive que les médecins sont très-embarrassés pour savoir à laquelle des deux affections ils ont affaire; et pourtant il importe d'être promptement fixé sur la nature des accidens qui se présentent; le moindre retard peut entraîner les conséquences les plus graves. Sans avoir la prétention de résoudre ce problème difficile, je vais consigner ici quelques observations propres à l'éclairer; peut-être qu'un jour l'étude comparative d'un grand nombre de faits conduira quelque praticien à tracer les caractères différentiels de deux affections qui ont entre elles beaucoup d'analogie; ce serait un véritable service rendu à la science et à l'humanité.

I^ere^. Un étudiant en médecine, âgé de vingt-six ans, d'une taille élevée, d'une constitution sanguine et irritable, travaillant beaucoup, éprouva, pendant les dernières chaleurs de 1826, une céphalalgie violente accompagnée de courbature, d'anorexie, et d'une prostration générale, sans fièvre; la douleur occupait surtout le côté droit du front;

la vision était troublée, et le plus souvent la moitié de l'objet regardé paraissait couverte d'un nuage blanc; le bruit et la lumière étaient presque insupportables. (Saignée du pied peu abondante, suivie de syncope; boissons laxatives, lavemens simples.) La céphalée dura deux heures; insomnie, soif, peau brûlante, anxiété. — Le deuxième jour, à la même heure, vers midi, retour de la céphalalgie avec trouble de la vision; accablement, stupeur, soubresauts dans les tendons; langue pâle et humide, soif, anorexie complète, ventre indolent. (Lavement avec trois onces de miel mercurial.) Selles copieuses avec syncope; la position horizontale suffit pour faire cesser les défaillances; la céphalalgie continue sans changer de place. Le soir (saignée du bras, de deux palettes), syncopes avec distorsion de la face, paralysie partielle de la langue, balbutiement, roideur convulsive des avant-bras. (Compresses d'oxycrat sur le front, aspersions froides sur les membres, pédiluves sinapisés.) — Le troisième jour, nuit mauvaise, agitation, insomnie, rêvasseries; le moral est affecté, et le malade prétend que la fixité de la douleur indique un abcès aigu dans le cerveau : un peu plus de calme le matin; les pupilles sont dans l'état normal, la peau du visage est sensible à la plus légère pression. A une heure après-midi, la céphalée se reproduit avec une nouvelle intensité; le malade pousse des gémissemens, chaque battement lui donne la sensation d'un coup de marteau sur le front. (Trente sangsues au-dessous de chaque oreille.) Le sang coule abondamment depuis trois heures de l'après-midi jusqu'à neuf heures du soir, époque à laquelle l'affaiblissement du pouls le fit arrêter avec de l'amadou. Nuit assez tranquille; mêmes moyens. — Le quatrième jour, mieux évident le matin; à deux heures après-midi, retour de la céphalalgie, mais avec moins de violence : on continue les lotions froides, les aspersions, les compresses imbibées d'oxycrat, elles sont renouvelées à chaque instant, et le malade éprouve un grand soulagement. — Le cinquième jour, continuation du mieux; le pouls est toujours lent; pendant les accès il descend à cinquante-cinq ou soixante pulsations par minute, il s'élevait jusqu'à quatre-vingt ou quatre-vingt-dix pulsations dans

l'intervalle. A deux heures après-midi, céphalalgie légère ; un quart d'heure après, une épistaxis très-abondante qui dure plus de quarante minutes ; le sang est vermeil et se coagule promptement ; le mal de tête disparaît, et tout semble rentrer dans l'état normal. Les jours suivans, la convalescence s'établit franchement, l'appétit renaît, le ventre reprend ses fonctions ; une semaine après, il ne reste d'autres traces de cette maladie qu'un sentiment de faiblesse générale ; le moindre travail d'esprit est très-fatigant. Le repos, le régime, l'exercice en voiture et des distractions agréables complètent le traitement.

Y avait-il, dans ce cas, encéphalite ? Le succès obtenu par les antiphlogistiques milite en faveur de cette opinion. Était-ce une fièvre rémittente pernicieuse? Le retour régulier des accès, la périodicité de la céphalalgie sont de fortes présomptions pour le penser, et doivent faire regretter, peut-être, que le quinquina n'ait point été employé dans le traitement de cette affection, qui ne présentait d'ailleurs aucune complication gastro-intestinale.

II^e^. Mademoiselle ***, âgée de trente ans, petite, maigre, faible, travaillant beaucoup depuis dix-huit mois, éprouve, outre ses fatigues, des chagrins qu'elle dissimule. Ses règles, qui coulent habituellement pendant cinq jours, ont à peine duré vingt-quatre heures à la dernière époque (mars 1829). Pendant tout le mois suivant, mauvais régime, travail opiniâtre ; amaigrissement rapide, visage blême, démarche lente. — Le 5 avril, travail plus fatigant que de coutume, courbature générale, fièvre nocturne, céphalalgie gravative. — Le 6, la malade se lève et peut à peine rester debout ; à midi, défaillance ; à une heure, frisson intense qui dure deux heures, céphalalgie insupportable qu'augmente encore le moindre bruit ; pendant la nuit, insomnie, agitation, les règles paraissent pendant une heure. — Le 7, céphalalgie susorbitaire gauche, sensation d'un violent battement ; abaissement des paupières, la lumière redouble la douleur ; la peau du front et de tout le côté gauche de la face est d'une grande sensibilité ; le pouls est à soixante-dix pulsations, faible et serré ; la cépha-

lalgie n'a pas duré plus d'une demi-heure. (Diète, pédiluves sinapisés, eau pure pour boisson.) La nuit suivante, amygdalite très-intense, déglutition difficile. — Le 8, nouvel accès de céphalalgie, mais plus fort que le précédent : il a paru deux heures plus tard que la veille; pendant l'accès, le pouls est à quatre-vingt-quinze pulsations, la sensibilité de la peau est extrême et bien plus étendue. (Vingt sangsues au-dessous de chaque oreille.) L'accès dure une demi-heure; la malade, pendant ce temps, pousse des gémissemens, ferme les yeux; le visage est pâle, le nez effilé : tout indique une souffrance extrême; langue pâle, épigastre indolent, chaleur douce de la peau. Nuit assez tranquille. — Le 9, troisième accès, qui retarde encore de deux heures, mais augmente d'intensité. (Saignée du pied de trois palettes environ.) Syncope imminente, comme la veille, à la suite de l'application de sangsues. Le soir (lavement avec deux onces de miel mercurial), selle solide, abondante; nuit calme, les règles reparaissent un peu. — Le 10, accès moins fort, mais qui dure plus long-temps. (Vésicatoire camphré à une jambe, lavement huileux, limonade gommée, julep calmant.) Les jours suivans, la céphalalgie diminua, et l'on vit progressivement disparaître ces symptômes alarmans : l'amélioration dura jusqu'au 15. A l'occasion d'un écart de régime, elle reparut avec une égale violence; il fallut avoir recours aux émissions sanguines locales et générales, aux révulsifs sur le gros intestins et les membres inférieurs. La guérison s'en suivit enfin, mais pendant quelque temps encore la malade ressentit dans le lieu qu'occupait la céphalalgie une sensation de vide qui l'incommodait beaucoup : il lui semblait avoir le cerveau creux; elle ne pouvait travailler comme avant sa maladie; ses jambes étaient faibles, et supportaient avec peine le poids du corps.

Quel nom donner à cette singulière affection? L'absence du délire suffirait, suivant les pathologistes, pour exclure l'idée d'une méningite et d'une encéphalite. Une fièvre rémittente pernicieuse, si c'en est une, aurait-elle cédé à des saignées? Il est à remarquer que les accès avaient une courte durée, et que le pouls était à peine fébrile.

Serait-ce une de ces fièvres larvées, si bien décrites par *Morton*, *Sydenham*, *Torti* surtout, et dont le quinquina est le remède spécifique? M. le professeur *Chomel* en rapporte un exemple fort remarquable, qui a beaucoup d'analogie avec celui-ci. *Cnoffel*, *Piquer* et M. le professeur *Alibert* en ont décrit de semblables : dans tous les cas cités par ces pathologistes, l'écorce du Pérou a été employée avec succès. La malade que j'ai observée, soumise à un traitement différent, a survécu ; peut-être aurait-elle été guérie plutôt, si l'on avait fait usage du quinquina. Toujours est-il qu'on peut conclure de ce fait qu'une affection de ce genre n'est pas aussi promptement mortelle qu'on le suppose, et qu'un traitement antiphlogistique a paru produire ici de bons effets.

Jean B...., tourneur en bois, grand et vigoureux, cheveux bruns, teint coloré, d'une bonne santé habituelle, éprouve assez souvent des vertiges et des éblouissemens qui vont quelquefois jusqu'à lui faire perdre connaissance ; réformé du service militaire pour cette seule cause. Il a été fréquemment saigné aux bras et aux pieds. Le 16 janvier 1826, violente céphalalgie (il n'en avait jamais eu jusque-là) ; elle est sus-orbitaire, a débuté brusquement, et est accompagnée de pulsations qui se font surtout sentir dans la bosse frontale droite. Le malade prend un pédiluve et se met au lit ; la douleur cesse au bout de quinze heures ; il n'y a plus, le 17, qu'un sentiment de faiblesse ; le malade reste couché, et prend un potage qui occasione des nausées. Abdomen en bon état. — Le 18, la douleur sus-orbitaire reparaît avec une force nouvelle ; éclat du jour insupportable ; le muscle orbiculaire des paupières est contracté, et la peau qui le recouvre douloureuse au plus léger contact ; l'accès dure plus longtemps que le premier. Les deux suivans offrent le type tierce, et présentent les mêmes caractères ; le malade ne fait rien pour les combattre, et vient à l'hôpital le 23 janvier. — Le 24, à la visite, il offre les symptômes que voici : tout mouvement imprimé à la tête est douloureux ; le front, les paupières, la moitié supérieure des

joues jouissent d'une exquise sensibilité; les paupières sont abaissées, les pupilles dilatées, le pouls lent et très-dur, la peau fraîche, la langue muqueuse et grise, le ventre indolent à la pression. (Vingt-cinq sangsues à l'anus, sinapismes aux pieds.) Un peu de soulagement. Le lendemain (saignée du bras, lavement purgatif, décoction de veau tamariné, pédiluve sinapisé, julep diacode). — Le 26, la céphalalgie reparaît le matin, mais elle a moins d'intensité; la sensibilité de la peau est diminuée, les paupières ne sont plus contractées; la pression du globe oculaire est très-douloureuse. — Le soir (large vésicatoire à la nuque). — Le 27 et le 28, les mêmes symptômes se reproduisent avec moins de force, et se terminent plus promptement : peu à peu, sous l'influence des laxatifs à l'intérieur, et des révulsifs dont j'ai parlé, la céphalalgie disparaît complètement; la convalescence est rapide, et le malade sort guéri le 4 février 1826.

Si la rémittence est le symptôme principal de cette affection, on devra la ranger parmi les fièvres larvées, car il y avait absence des prodromes ordinaires de la fièvre; de plus, le pouls était lent. Si l'on n'a égard qu'à la violence de la douleur, on la regardera comme le signe caractéristique d'une irritation encéphalique très-vive, ce qui sera confirmé par le succès du traitement antiphlogistique. Une seule chose laisse subsister le doute : comment concevoir une congestion inflammatoire du cerveau et des méninges sans délire, sans agitation, sans mouvemens convulsifs, sans coma, etc.? Comment concilier des choses qui semblent en désaccord entre elles? Certes, l'embarras d'un jeune médecin doit être bien grand dans ces circonstaces, quand on voit les praticiens les plus consommés hésiter dans le diagnostic qu'ils portent, et quand on sait que leur expérience s'est malheureusement trouvée quelquefois en défaut.

IV^e^. M...., domestique, âgé de vingt-huit ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, a eu une fièvre réglée à quinze ans, mais depuis n'a jamais été malade. Le 4 avril 1828, frisson depuis neuf heures du matin jusqu'à midi, suivi d'une vive chaleur

qui dure jusqu'au lendemain. — Le 5 au matin, le malade se trouve assez bien pour faire son service; mais il éprouve du malaise, et croit avoir encore de la fièvre; il se couche de bonne heure, fait diète, et boit de la limonade en abondance. — Dans la nuit du 5 au 6, sommeil agité, cris plaintifs, respiration élevée, céphalalgie violente, chaleur brûlante dans toute la tête, fièvre intense, délire. — Le 6 au matin, je vis le malade; il était dans l'état suivant : face rouge, vultueuse, yeux injectés, langue embarrassée, articulation des sons pénible, assoupissement comateux; il faut répéter les questions pour obtenir une réponse, encore est-elle quelquefois incohérente ou inintelligible; pouls fréquent et très-développé, chaleur vive, moiteur générale. (Saignée du pied très-copieuse). Soulagement; le malade promène des yeux comme égarés dans sa chambre, puis il reconnaît les personnes qui l'entourent; ses idées paraissent plus nettes, ses réponses sont assez exactes; diminution notable dans la céphalalgie, mais toujours tendance au sommeil. (Sinapismes, qu'on promène des jambes aux cuisses, orangeade pour boisson, lavement simple qui amène des matières fécales en assez grande quantité; une heure après, quart de lavement composé de quinquina en poudre ℥ j; camphre, amidon, ää ʒ ß; eau q. s.: ce dernier lavement est gardé.) La journée a été assez bonne, le pouls a perdu de sa fréquence et de sa force: chaleur de la peau encore vive; sueurs qui obligent à changer plusieurs fois le malade de linge; nuit calme. — Le 7 et les jours suivans, mieux être de plus en plus prononcé. (On continue chaque soir l'administration de lavemens composés comme ci-dessus, et précédés d'un lavement simple, pour évacuer le gros intestin; mêmes boissons, diète absolue jusqu'au 10.) Alors on permet quelque bouillons, puis des alimens qui deviennent de jour en jour plus nourrissans; le malade reprend promptement ses forces et ses occupations habituelles.

Sans affirmer que la plupart des fièvres rémittentes cérébrales ressemblent aux observations que je viens de rapporter; on est en droit de conclure, ce me semble, que, dans quelques circonstances,

les phlegmasies du cerveau, à leur début surtout, ont une marche rémittente capable d'en imposer sur leur véritable nature : ce point de doctrine me paraît hors de doute, et doit engager les médecins à redoubler d'attention dans l'étude de ces maladies, afin de saisir les caractères qui les différencient. La nature de la douleur, son siége, les symptômes concomittans, et les circonstances commémoratives sont alors les meilleurs bases de diagnostic.

V^e^. Parmi les causes nombreuses qui peuvent produire la perforation du tube digestif de l'homme, il en est une qui, je crois, n'a pas été mentionnée par les pathologistes, bien que l'observation de ce qui se passe chez quelques animaux ait conduit à la supposer possible par analogie; cette cause est la distension des intestins par une grande quantité de gaz, lorsque ces viscères sont dans un état morbide, et qu'un obstacle physique s'oppose à l'expulsion, par les voies naturelles, des gaz accumulés dans leur intérieur. Le fait suivant, que j'ai observé à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. *Lerminier*, vient à l'appui de cette proposition.

Un homme, âgé de quarante-huit ans, est admis dans cet hôpital, dans les premiers jours de l'année 1827 ; il présente les symptômes d'une péritonite et d'une entérite chroniques, tuméfaction douloureuse du ventre, son mat à la percussion dans une grande partie de son étendue, existence d'un épanchement dans la cavité péritonéale, rendue manifeste par la sensation d'un liquide qu'on chasse d'une main vers l'autre; dévoiement opiniâtre, amaigrissement. Quinze ou vingt jours après, le météorisme augmente ; des purgatifs sont donnés au malade dans l'espoir de faciliter l'expulsion des gaz, qu'on suppose accumulés dans les intestins; on cherche, mais en vain, à faire pénétrer à une certaine profondeur une sonde de gomme élastique ; aucun gaz ne s'échappe. Quelques jours se passent ainsi, sans que le ballonnement du ventre diminue ; tout à coup il devient beaucoup plus considérable ; la tension des parois abdominales est extrême, elles résonnent comme un tambour ; la respiration, très-gênée par le

refoulement du diaphragme, produit un état d'angoisse inexprimable, qui dure trois jours, puis le malade succombe.

On avait été incertain de savoir, dans les derniers instans de la vie, si la tympanite avait son siége dans les intestins ou dans la cavité du péritoine; aussi fit-on, pour s'en assurer, à l'ouverture du cadavre, une dissection minutieuse des parois de l'abdomen; en enlevant successivement les différentes couches qui les composent, on put alors juger du degré de distension qu'avaient éprouvé les muscles et les filets nerveux qui s'y distribuent. Lorsque le péritoine eût été mis à nu dans une certaine étendue, il s'érailla et donna issue à une grande quantité de gaz qui s'en échappa avec violence; il était bien évident que ces gaz étaient épanchés dans la cavité du péritoine : on ouvrit alors cette membrane plus largement, et l'on trouva les intestins également distendus. Une quantité assez considérable d'un liquide puriforme, fétide, ayant l'odeur de matières fécales, existait dans la cavité abdominale. En écartant avec soin les intestins les uns des autres, on vit le cœcum perforé dans trois points différens, mais assez rapprochés : lorsqu'on pressait légèrement cet intestin, des gaz et des matières fécales s'échappaient par ses ouvertures; elles avaient de deux à trois lignes de diamètre : l'une d'elles était un peu plus grande que les autres : toutes étaient assez régulièrement arrondies, et existaient dans le point de l'intestin tout à fait à l'opposite de celui où il est adhérent. La membrane muqueuse avait partout une couleur grisâtre; elle était complètement détruite dans plusieurs endroits, et là les autres tuniques étaient singulièrement amincies : cet amincissement était surtout remarquable autour des perforations; il ne paraissait pas que, dans le point qu'elles occupaient, il se fût opéré d'autre travail pathologique au moyen duquel toutes les tuniques de l'intestin auraient été peu à peu détruites; nulle part il n'existait d'ulcération bien caractérisée. On pensa alors, et cette opinion me paraît extrêmement vraisemblable, que les gaz accumulés dans l'intestin, après l'avoir distendu outre mesure, en avaient produit la rupture là où les parois offraient le moins de résistance; et

que c'était ainsi que s'était opérée la pneumatose abdominale : il importe de remarquer ici que le cœcum, par sa fixité, son ampleur, sa forme anfractueuse, et la facilité qu'il a peut-être plus qu'un autre intestin de se laisser dilater en retenant les gaz accumulés dans son intérieur, devait être plus disposé à se rompre que toute autre partie du canal intestinal. Il était d'ailleurs presque impossible que les gaz pussent s'échapper au dehors, soit par la seule contraction des intestins, soit par d'autres moyens, tels que l'emploi de la sonde, les lavemens, etc.; car le tissu cellulaire qui entoure le rectum était le siége d'une induration squirrheuse très-étendue, dans l'épaisseur de laquelle l'intestin, dont les tuniques étaient dégénérées, formait plusieurs contours irréguliers, outre que sa cavité, dans cet endroit, était singulièrement rétrécie. Mais la principale cause de ces perforations était, à mon avis, l'état du péritoine lui-même, siége d'une inflammation chronique de quelque durée déjà, et qui, devenu plus friable, n'avait pu supporter avec autant de facilité que dans l'état sain une distension aussi considérable; il y avait aussi des masses cancéreuses au milieu des tissus du foie et de la rate.

VI°. Lorsque l'hydrocèle de la tunique vaginale se forme, les deux membranes qui composent cette tunique se distendent le plus souvent d'une manière uniforme; mais quelquefois les mailles de la membrane externe, qui est fibreuse, s'éraillent, et l'interne, qui est séreuse, forme hernie à travers l'éraillement de la première. Cela étant, si, dans l'intention de procurer la cure radicale de la maladie, on injecte du vin dans la tunique vaginale, et qu'on fasse éprouver à cette tunique une distension trop grande, la membrane séreuse peut également s'érailler là où elle n'est pas soutenue par la fibreuse, et le liquide de l'injection s'infiltrer en plus ou moins grande quantité dans le tissu cellulaire du scrotum. Peut-être pourrait-on expliquer de cette manière la formation de petits abcès qui se montrent, peu de temps après cette opération, dans plusieurs points du scrotum éloignés de celui où la ponction a été pratiquée.

VII^e^. Les pathologistes donnent le précepte de faire dans les hydrocèles volumineuses une première ponction au moyen de laquelle on évacue une partie de la sérosité, afin de permettre à la tunique vaginale de revenir plus exactement sur elle-même, et de diminuer ainsi l'étendue de la surface qui devra s'enflammer lorsque, après avoir pratiqué plus tard une seconde ponction, on fera l'injection irritante. Ce précepte peut quelquefois entraîner des conséquences fâcheuses. Il est, en effet, arrivé que, dans quelques cas où l'on avait opéré de cette manière, la sérosité a continué à s'écouler, non au dehors, parce que le parallélisme entre l'ouverture de la tunique vaginale et celle de la peau était détruit, mais à s'infiltrer dans le tissu cellulaire du scrotum, qui tombe en gangrène : des accidens très-graves peuvent alors survenir, dont le moindre est la dénudation plus ou moins complète des testicules, qui se trouvent exposés à l'action des corps extérieurs, jusqu'à ce que ces organes se recouvrent de bourgeons charnus et d'une véritable cicatrice solide.

VIII^e^. Il est rare que dans l'opération du cancer au sein, quand la réunion par première intention a été tentée, la cicatrisation ne soit entravée dans sa marche par des abcès, surtout lorsque la glande cancéreuse existe au milieu d'une mamelle volumineuse : la plaie étant alors très-profonde, ne se réunit qu'à sa superficie; le pus s'accumule vers le fond, et donne naissance à des clapiers, qui nécessitent toujours des contr'ouvertures, à moins qu'une compression, exercée méthodiquement, en ait favorisé le recollement. La guérison se fait alors attendre aussi long-temps que si la plaie avait été pansée à plat de prime-abord : il reste pourtant encore cet avantage que la cicatrice est peut-être moins difforme; et, d'ailleurs, on a couru, sans aucun danger, les chances d'une guérison beaucoup plus prompte.

IX^e^. C'est un fait d'observation, que la glande mammaire, qui, sous le rapport des altérations organiques dont elle est le siége, a tant d'analogie avec le testicule, n'offre presque jamais, comme lui, la dégénérescence tuberculeuse.

X°. On observe quelquefois chez les femmes qui ont eu des abcès aux grandes lèvres, que l'ouverture par laquelle on a donné issue au pus reste fistuleuse, et laisse suinter continuellement un liquide séro-purulent. Cela tient, dans quelques cas, à ce qu'il s'est formé, dans l'épaisseur d'une des lèvres, une petite poche ou véritable kyste, dont les parois, devenues lisses, ne peuvent se recoller, à moins qu'on ne les irrite ou que l'on n'en excise une portion; mais d'autres fois la cause qui entretient cette fistule est plus éloignée, il y a des désordres plus grands. Si l'on introduit un stylet par l'orifice fistuleux, on sent, en plaçant le doigt dans le rectum, que l'instrument se dirige vers cet intestin, qui est dénudé dans une plus ou moins grande étendue; il existe là une véritable fistule à l'anus ayant son orifice extérieur à une grande lèvre; cette fistule, recto-vulvaire, se rapproche, par sa position, de celles qui chez l'homme ont leur orifice externe au périnée, et doit être opérée de la même manière. En effet, après avoir introduit la sonde cannelée dans le trajet fistuleux, et placé le gorgeret dans l'intestin, il faut fendre toutes les parties comprises dans l'angle formé par ces deux instrumens, c'est-à-dire la grande lèvre, le périnée et le rectum. Dans d'autres circonstances, plus simples, le vagin seul est dénudé dans un des points de sa circonférence, mais plus souvent latéralement; il convient alors de fendre sa paroi de la même manière que pour le rectum, en même temps d'exciser quelques petites portions de la muqueuse, quand la dénudation est près de l'orifice inférieur de ce canal. Enfin, les cas les plus compliqués sont ceux où il y a en même temps dénudation de l'intestin et du vagin: on combine alors les deux procédés. J'ai vu M. le professeur *Roux* pratiquer plusieurs opérations de ce genre avec un plein succès. C'est même une chose digne de remarque que, malgré le délabrement assez considérable que toutes ces parties ont à souffrir, les traces qui en restent sont à peine sensibles, et qu'elles ne s'éloignent guère de leur état naturel après la cicatrisation.

XI°. Une cause assez fréquente de cataractes secondaires, que n'ont

pas indiquée les nosologistes, si je ne me trompe, est l'inflammation du corps vitré, à laquelle succède une infiltration d'une matière puriforme concrète dans l'intérieur de ses cellules. J'ai eu occasion d'observer plusieurs faits de ce genre; voici l'exposé de celui qui m'a paru le plus remarquable :

Victoire Gérard, agée de soixante-douze ans, entre, le 24 avril 1826, à l'hôpital de la Charité : elle a les deux yeux cataractés depuis plusieurs années ; la cécité est complète. Chez cette femme le globe de l'œil est réduit à un petit volume; il est comme enfoncé dans l'orbite. Les pupilles, très-contractées, ne se dilatent pas facilement; on instille, pendant trois ou quatre jours, quelques gouttes d'extrait de belladone entre les paupières. — Le 6 mai, l'extraction des cataractes est pratiquée par M. le professeur *Roux;* elle fut exécutée avec promptitude du côté gauche, un peu plus lentement du côté droit; l'opérateur éprouva même quelque difficulté à faire sortir le cristallin de ce côté. A la première levée de l'appareil, les paupières n'étaient, en aucune façon, gonflées; les yeux ne paraissaient pas enflammés; les cornées étaient affaissées, comme ridées, et la malade ne distinguait rien. Elle resta dans cet état pendant quinze ou vingt jours, se plaignant toujours de souffrir des yeux sans qu'ils parussent davantage enflammés et que les cornées perdissent leur transparence. Tout à coup, à la suite d'une erreur de régime, la malade est prise de coliques et de dévoiement; la fièvre s'alluma, les symptômes d'entérite continuèrent à s'aggraver, et la malade succomba quinze jours après. Le 17 juin, à l'ouverture du cadavre, on constata l'existence d'une inflammation fort intense de la fin de l'intestin grêle et de tout le gros intestin. On enleva les yeux de l'orbite, et on les examina avec soin : les cornées avaient en partie conservé leur transparence, mais étaient à leur centre ulcérées, détruites, et légèrement adhérentes à l'iris près de l'ouverture pupillaire; seulement, à travers celle-ci, on voyait un petit corps d'un blanc jaunâtre et opaque. La sclérotique fut incisée circu-

lairement et séparée de la choroïde; il s'écoula une petite quantité d'un liquide jaunâtre épanché entre ces membranes. Sur l'un des yeux un peu de sang épanché, sous forme d'ecchymose, existait entre la rétine et la choroïde; sur l'autre la même altération s'observait entre la rétine et la membrane hyaloïde. Le corps vitré était sensiblement atrophié; sa moitié postérieure était encore transparente, mais elle avait une couleur jaune citrin; la moitié antérieure était opaque, d'un jaune plus intense; elle avait contracté des adhérences avec la face postérieure de l'iris. En incisant et en pressant légèrement ce corps, on faisait sortir de ses cellules du pus concret, bien lié, semblable à celui d'un véritable phlegmon. Cette altération pathologique, qui se présentait au même degré dans les deux yeux, était évidemment un abcès d'une portion du corps vitré, et un obstacle matériel à la transmission des rayons lumineux à la rétine.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Ad extremos morbos extrema remèdia exquisitè optima. *Ibid.*, *aph.* 6.

III.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

IV.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

V.

Lassitudines spontè obortæ morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

VI.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

VII.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Sect.* 4, *aph* 32.